

Localización de clínica: _____ Fecha: _____

Llene el áreas resaltada

Apellidos		Nombres		Nacimiento (mm/dd/año)	Edad
Idioma	Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Isla del pacifico <input type="checkbox"/> Asiatico		Grupo Ethico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano		Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Domicilio			Ciudad	Estado	Codigo ZIP
Número de telefono		Número de telefono alternativo		E-mail	
Seguro Medico		Número de Poliza		Persona responsable (Nombre exacto como esta en la tarjeta)	
Segundo Seguro Medico		Número de Poliza		Persona responsable (Nombre exacto como esta en la tarjeta)	
Fecha Nacimiento del responsable (mm/dd/año):		Relación con el paciente		Dirección del responsable si es diferente del paciente	

Al firmar esta forma entiendo que el Departamento de Salud anticipa un pago por mis servicios, a menos que otros arreglos se hayan hecho. **Entiendo que todos los cargo ocurridos son mi responsabilidad. Si el Departamento de Salud tiene contrato con mi seguro médico, solamente los servicios cubiertos por mi plan serán pagados. Es mi responsabilidad saber que cubre el plan de mi seguro medico y estoy de acuerdo en pagar la porción que no cubre. Yo entiendo que si el Departamento de Salud no tiene contrato con mi seguro médico, yo soy responsable por todos los cargos incurridos.**

Mi firma indica que he recibido una copia de la nota de privacidad (HIPAA) y le leído y me han explicado la Hoja de Información sobre Vacunas (HIS) de cada vacuna que yo solicito para la persona nombrada en la forma. Yo desligo al Departamento de Salud de cualquier responsabilidad sobre los servicios obtenidos.

Nombre Completo: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: Yo Mismo Padre/Madre o Guardian

Cuestionario de detección - Por favor complete para la persona que va a ser vacunada	No	Si
¿Está enfermo(a) hoy día?		
¿Tiene alergia a los huevos, algún componente de una vacuna que no sea COVID-19 o un medicamento inyectable o cualquier otra alergia? En caso afirmativo, explique:		
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?		
¿Tuvo sibilancias o asma en el pasado?		
¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré; epilepsia u otros problemas del sistema nervioso? En caso afirmativo, explique:		
¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
Para las mujeres: ¿Está embarazada?		
--- Preguntas adicionales para la vacuna contra COVID ---		
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si, "Si", ¿cuál vacuna le pusieron?		
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para COVID para prevenir o tratar COVID-19?		
¿Ha dado positivo por COVID en los últimos 10 días?		
¿Tiene una condición de salud o está recibiendo un tratamiento que lo hace inmunocomprometido moderada o severamente? Ej: Cáncer, VIH, trasplante de órganos, alfombras o terapias inmunosupresoras, corticosteroides en dosis altas u otros		
¿Ha tenido trastorno sanguíneo, miocarditis/pericarditis, trombocitopenia inducida por heparina o síndrome inflamatorio multisistémico?		
¿Ha recibido relleno dérmico (dermal fillers) (implantes de dispositivos médicos cosméticos)?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? Lista:		

Flu

Vaccine Type	CPT	Manufacturer Lot # / Exp Date	Site	Dose Route	Nurse Initials	VIS Date
Fluzone / Fluad HD 65+	90662 / 90694		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Flublok High Dose 50+	90682		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
MVD Fluzone 6 mo & older	90688		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Fluzone/Fluaval/Fluarix PF 2 yrs & older	90686		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Flucelvax PF 2 yrs & older	90674		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
FLUMIST PF LAIV 2 yrs - 49 yrs	90672		Nostril	0.2ml		08/06/2021
TDAP	90715		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Pneumonia PPSV23	90732		__RD __LD	0.5ml IM		10/30/2019
Zoster (0,2-6mo) 50 yrs & older	90750		__RD __LD	0.5ml IM		02/04/2022
Other			__RD __LD			

Covid-19 Last dose: _____ Date: _____ 1st Dose 2nd Dose 3rd Dose Booster

Vaccine Type	CPT	Manufacturer Lot # / Exp Date	Site	Dose Route	Nurse Initials	EUA
Pfizer			__RD/ VR __LD/ VL			
Moderna			__RD/ VR __LD/ VL			
Novavax			__RD __LD			
Janssen			__RD __LD			

Seventh Grade

Vaccine Type	CPT	Manufacturer Lot # / Exp Date	Site	Dose Route	Nurse Initials	VIS Date
Tdap 7 yrs & older	90715		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Meningococcal (MCV4)	90619		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
HPV9 (9-14 yrs/0,6mo) (15-26 yrs/0,2,6mo)	90651		__RD __LD	0.5ml IM		08/06/2021
Other			__RD __LD			

Kindergarten

Vaccine Type	CPT	Manufacturer Lot # / Exp Date	Site	Dose Route	Nurse Initials	VIS Date
Kinrix / Quadracel Age 4-6 yrs (5 dose tap & 4 Polio)	90696		__RD __LD	0.5ml IM		10/15/2021
MMR / Varicella (Proquad) (12-18 mo & 4-6 yrs) or (0 -1 mo)	90710		__RA/ VL __LA/ VL	0.5ml SQ		10/15/2021
HEP A Ped (0, 6 mo) Age 1 - 18 yrs	90633		__RD __LD	0.5ml IM		10/15/2021

PAYMENT SECTION (For Office Use Only)

Cash \$	Credit \$	Check #/\$	VFC Eligible <input type="checkbox"/>	By
---------	-----------	------------	---------------------------------------	----